

# 2009 H1N1 독감 백신에 대한 학교 동의서

## 섹션 1: 백신 접종 학생에 대한 정보(명확하게 기입해 주십시오)

|                    |      |       |         |                                  |                 |
|--------------------|------|-------|---------|----------------------------------|-----------------|
| 학생 이름(성)           |      | (이름)  | (중간 이름) | 학생의 생년월일<br>월      일             | 연도              |
| 학부모/법적 보호자 이름(성)   |      | (이름)  | (중간 이름) | 학생의 연령                           | 학생의 성별<br>M / F |
| 학생의 주소             |      |       |         |                                  |                 |
| 도시                 |      | 카운티   |         |                                  |                 |
| 주                  | 우편번호 | 학교 이름 | 학년      |                                  |                 |
| 학부모 / 보호자 낮시간 연락처: |      |       |         | 학생의 민족적 배경<br>히스패닉 또는 라티노: 예 아니오 |                 |

## 섹션 2: 백신 접종 자격 검사

귀자녀가 이미 **2009 H1N1 독감 백신**(계절 독감 백신이 아님)을 접종한 경우 접종 횟수와 접종 날짜를 적어 주십시오.

1차 접종      접종 날짜: 월 \_\_\_\_\_ 일 \_\_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_\_ 접종 형식(동그라미):      비강 스프레이

주사

2차 접종      접종 날짜: 월 \_\_\_\_\_ 일 \_\_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_\_ 접종 형식(동그라미):      비강 스프레이

주사

다음 질문은 귀자녀가 2009 H1N1 독감 백신을 접종할 수 있는지 파악하는데 도움이 될 것입니다. 각 질문에 대해 '예' 또는 '아니오'에 표시해 주십시오.

|   | 예 | 아니오 |
|---|---|-----|
| 1. 자녀에게 계란 알레르기가 있습니까?  |   |     |
| 2. 자녀에게 다른 알레르기가 있습니까?      열거해 주십시오:   |   |     |
| 3. 자녀가 이전에 독감 백신에 반응을 보인 적이 있습니까?   |   |     |
| 4. 자녀가 독감 백신을 접종한 후 6 주 이내에 기얀 바레 증후군(Guillain-Barré Syndrome: 일시적으로 심각한 근육 약화 증세)을 보인 적이 있습니까? |   |     |
| 5. 자녀에게 다음 증세가 있습니까? 천식, 당뇨병(또는 기타 유형의 신진대사 질병) 또는 폐, 심장, 신장, 간의 질병, 신경계(신경 또는 신경 근육) 또는 혈액의 질병 |   |     |
| 6. 자녀가 장기간 아스피린이나 아스피린이 포함된 치료(예: 매일 아스피린을 복용)를 하고 있습니까?  |   |     |
| 7. 자녀의 면역체계가 약한 편입니까(예: HIV, 암, 스테로이드나 기타 암 치료제와 같은 약품이 원인)?                                    |   |     |
| 8. 자녀가 임신 중입니까?   |   |     |
| 9. 자녀가 보호 환경에서 요양을 해야 하는 사람(예: 최근에 골수 이식 수술을 받은 사람)과 가까운 관계에 있습니까?                              |   |     |

위 질문에 모두 “아니오”로 답변한 경우 귀자녀는 2009 H1N1 독감 백신을 접종할 수 있습니다. 하나 이상의 질문에 “예”라고 답변한 경우 담당 건강 의료 서비스 제공자나 현지 보건소에 연락하여 백신 접종의 선택 사항에 대해 의논해야 합니다.

위의 모든 질문에 대해 “아니오”라고 대답한 경우 다음 질문에 답변해 주십시오.

|  | 예 | 아니오 |
|--|---|-----|
| 1. 자녀가 지난 30 일 이내에 다른 백신(독감 이외)을 접종한 적이 있습니까?<br>백신: _____ 접종 날짜: 월 _____ 일 _____ 연도 _____ |   |     |

2009 H1N1 독감 백신에 대해 궁금하신 점이 있으면 자녀의 의료 서비스 담당자나 현지 보건소에 문의하십시오. 매릴랜드주 보건 정신 위생부(Maryland Department of Health and Mental Hygiene) [www.dhmh.state.md.us/swineflu/](http://www.dhmh.state.md.us/swineflu/) 또는 [www.flu.gov](http://www.flu.gov)에서 정보를 얻을 수도 있습니다.

귀하가 제공한 모든 정보는 기밀이 보장됩니다. 개인정보 보호 관행 공지서(Notice of Privacy Practices) 사본이 필요한 경우 [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)에서 얻을 수 있습니다.

## 섹션 3: 동의

### 자녀의 백신 접종에 대한 동의:

본인은 이 양식에 서명함으로써 우리 아이의 백신 접종을 허용하며 다음에 동의합니다:

- 위의 정보가 정확함.
- 본인이 “2009 H1N1 독감 백신 정보 설명문”을 읽었거나 누군가가 나에게 읽어주었음
- H1N1 백신 접종의 위험 및 혜택을 이해함.
- 백신에 대한 궁금한 사항에 대해 답변을 들었음.
- 개인정보 보호 관행 공지서(Notice of Privacy Practices) 사본을 제공 받았음.

학부모 / 법적 보호자의 서명 \_\_\_\_\_

날짜: 월 \_\_\_\_\_ 일 \_\_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_\_

## Section 4: Vaccination Record

### FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

| Vaccine              | Date Dose Administered | Dose Number (1st or 2nd) | Vaccine Manufacturer | Lot Number | Name and Title of Vaccine Administrator<br>Location of Vaccination Clinic | Provider Number |
|----------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|------------|---|-----------------|
| 2009 H1N1 Intranasal | / /                    |                          | MedImmune            |            |   |                 |